Zur Kenntnis der Pityriasis rubra pilaris

mit einer Abbildung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Karl Lembach
approb. Arzt aus Hochheim.

ACAD. LIBRARY BIBL.

LEIPZIG.
Druck von Emil Lehmann
1910.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 3. August 1910.

Referent: Herr Geh. Med. Rat Prof. Dr. Hoffmann.

Meinen lieben Eltern gewidmet.

Als Schöpfer des Krankheitstypus der „Pityriasis rubra pilaris“ gilt Devergie, welcher 1857 in der zweiten Auflage seines Lehrbuches als Pityriasis rubra pilaris eine von ihm im Jahre 1854 zum ersten Male beobachtete Dermatose beschreibt. Obwohl schon Tarral eine ähnliche Beobachtung viel früher im Jahre 1828 im Hospital St. Barthélemy gemacht zu haben scheint, die Rayer 1835 schildert unter dem Titel „Psoriasis général; apparence particulière de la desquamation sur les points occupés par les poils“, geht doch aus eben dieser Bezeichnung hervor, daß beide Autoren diese Sonderstellung dieses Exanthems nicht erkannt haben. In eingehender und exakter Weise charakterisierte später (1877) Besnier die Pityriasis rubra pilaris als einen Krankheitsbegriff sui generis. Ihm schlossen sich kurze Zeit darauf Richaud und Brocq an. Wie nun Besnier in seinen Memoiren vom Jahre 1889 mitteilt, wurde von den damaligen Dermatologen dieses Krankeitsbild teils mit der Ichthyose pilaire und dem Licher pilaire verwechselt, teils aber mit dem Lichen ruber de Hebra identifiziert. Im Jahre 1860 hatte nämlich Hebra von allen übrigen Lichen-Formen eine abgetrennt und ihr allein den Namen des Lichen ruber zuerkannt. Er verstand darunter jene Form, bei welcher derbe, hanfkorngroße, konische, spitze Knötchen von roter oder rotbrauner Farbe isoliert oder in Gruppen gestellt über einen großen Teil des Körpers verbreitet waren.

Diese Knötchen gingen keine Veränderungen wie z. B. Bläschen oder Pustelbildung ein, sondern sie persistieren als solche bis zu ihrer Involution. Vor allem aber betonte Hebra schon damals die Malignität dieser Erkrankung insofern als sie den Patienten so starkes Jucken verursachte, daß sie weder Tag noch Nacht Ruhe hatten und infolge der sich daran anschließenden Erschöpfungszustände ad exitum letalem kamen. Außerdem sei sie nur sehr schwer einer Therapie zugänglich.

Auf dem im Jahre 1889 abgehaltenen internationalen dermatologischen Kongresse war es vor allem Kaposi, der die, namentlich von den französischen Autoren als „Pityriasis rubra pilaris" bezeichnete Krankheitsform für identisch erklärte mit dem Lichen ruber acuminatus. Letztere Bezeichnung hatte man allgemein eingeführt zum Unterschied von einer anderen entschieden selbständigen Lichen-Form, die fast gleichzeitig mit Hebra ein Londoner-Dermatologe Erasmus Wilson beschrieben hatte. Diese Affektion war von wenig oder gar keinem Juckreiz begleitet und zeichnete sich auch bezüglich der Therapie durch große Benignität aus. Hinsichtlich ihres klinischen Bildes und des anatomischen Aufbaues ihrer Efflorescenzen nannte man sie Lichen ruber planus.

Seit dieser Zeit wogt der Kampf um die Sonderstellung der Pityriasis rubra pilaris hin und her. Die einen Forscher vor allem Brocq, Hallopeau, Jarisch, Kaposi, Leredde, Mraczek halten den Lichen rubra acuminatus für identisch mit der Pityriasis rubra pilaris (Pityriasis pilaris Devergie), die andern, unter ihnen vor allem Caspary, Joseph, Lesser und Neisser, erklären beide für selbständige wohl unterscheidbare Dermatosen.

Und in der Tat handelt es sich um zwei verschiedene

Krankheitsprozesse, die nicht miteinander zu identifizieren sind. Es sei mir gestattet eine von Assmann[1]) citierte Stelle hier anzuführen, die in deutlicher und klarer Weise ein Krankenbild des Lichen ruber acuminatus gibt. „Beim Lichen ruber acuminatus entstehen unregelmäßige, zerstreute, derbe, konische Knötchen von roter oder rotbrauner Farbe, welche sich alsbald an ihrer Spitze mit einem festen Epidermisschüppchen bedecken. Zwischen den zuerst entstandenen Effloreszenzen treten im weiteren Verlaufe immer neue Knötchen auf und zwar zeigen dieselben eine besondere Vorliebe für die Anordnung in Reihen entsprechend den normalen Hautfurchen. Indem nun die Knötchen einer solchen Reihe zunächst zu einer erhabenen Leiste konfluieren, weiterhin aber auch eine Anzahl solcher Leisten wieder unter sich verschmilzt, kommt es zur Bildung größerer Infiltrate, an welchen die einzelnen Knötchen als solche nicht mehr kenntlich sind, wohl aber noch die reihenförmige Anordnung deutlich sichtbar bleibt. Dadurch kommt nach Hebra's treffendem Vergleiche eine gewisse Aehnlichkeit mit Chagrin-Leder zu Stande. Die in dieser Weise in toto infiltrierte Hautfläche ist rotbraun mit spärlichen festen Schüppchen bedeckt und fühlt sich wegen ihrer Härte und der den ursprünglichen Knötchen und Leisten entsprechenden Hervorragungen wie ein Reibeisen an. Wird der weitere Verlauf der Krankheit nicht gestört, so werden immer mehr, bis dahin freie Hautstellen ergriffen, während an den älteren Herden keine weitere Veränderung oder Rückbildung eintritt. Schließlich kann die gesamte Hautdecke, ohne daß auch nur die geringste freie Stelle übrig bleibt, in den Bereich der Erkrankung gezogen werden. Die Haut ist durch die starke Infiltration starr und unnachgiebig geworden und

[1]) Zur Casuistik der P. r. p. Inaug.-Diss. Würzburg 02.

an den Beugestellen entstehen schmerzhafte, tiefe Einrisse. An den Handflächen und Fußsohlen ist die Schuppung gewöhnlich stärker und bilden hier die Schuppen große zusammenhängende Lamellen. Die Nägel sind in diesen hochgradigsten Stellen stets verändert. Die Nagelplatte ist verdickt, undurchsichtig und brüchig. Die Haare fallen gewöhnlich aus".

Vergleichen wir hiermit die klassische Beschreibung Besniers in seiner erschöpfenden Arbeit über Pityriasis rubra pilaris. Besnier gibt drei Gruppen von Symptomen als charakteristisch für diese Krankheit an: Erstens kleine, immer von den Hautfollikeln ausgehende Verhornungen, die zur Entstehung kleiner derber Knötchen führen, die bei reichlichem Auftreten die Haut in einen Zustand versetzen, der einem Reibeisen ähnelt. Diese Knötchen sind oft von einem Haar durchbort, welches ganz kurz abgebrochen ist und so einen kleinen centralen dunklen Punkt bildet. Manchmal konfluieren die benachbarten Hornbildungen zu größeren Schuppen, an denen aber mittelst der Lupe die Zentren der einzelnen Herde meist noch deutlich sichtbar sind. Das zweite Symptom ist eine Abschuppung der Haut, die manchmal zur Bildung größerer Schuppenmengen, ja auf Handflächen und Fußsohlen zu zusammenhängenden lamellösen Auflagerungen führen kann, meistens aber kleienförmig ist. Das dritte Symptom endlich besteht in einer Hyperaemie der Haut, die anfänglich nur in der Umgebung der einzelnen Knötchen, im weiteren Verlauf aber, entsprechend der Ausbreitung dieser, zu einer Rötung und mäßigen Infiltration größerer Hautregionen führt. Der Juckreiz der doch im allgemeinen ein wesentliches Symptom eines jeden Lichen-Prozesses darstellt, ist nicht vorhanden.

Da nun einerseits die Pityriasis rubra pilaris eine ziem-

lich seltene Hauterkrankung ist, andererseits eine genaue Untersuchung und Beschreibung eines typischen Falles viel zur Klärung strittiger Fragen beitragen kann, so bin ich gerne der Aufforderung des Herrn Dr. Max Joseph gefolgt, einen in seiner Poliklinik zu Berlin beobachteten Fall von Pityriasis rubra pilaris zu beschreiben und mit anderen bereits veröffentlichten Fällen zu vergleichen.

Bei diesem Falle handelt es sich um den 37 Jahre alten Metalldrücker E. B. aus Berlin. Hereditär ist Patient nicht belastet, insbesondere sind in der Familie niemals Hautkrankheiten beobachtet worden. Er gibt an, daß er im Jahre 1879 an Diphtherie erkrankt war und im Verlaufe dieser Erkrankung tracheotomiert wurde. 1890 acquirierte er eine Lues und machte mehrere Schmierkuren durch, welche das Leiden angeblich zum Verschwinden brachten. Irgendwelche Späterscheinungen sollen im Laufe der darauffolgenden Jahre nicht aufgetreten sein. Er fühlte sich stets wohl und hat auch sonst keinerlei erheblichere Krankheiten durchgemacht. Im Jahre 1900 verheiratete er sich. Seine Frau, die völlig gesund sein soll, gebar im Jahre 1901 ein kräftiges gesundes Kind, das sich gut entwickelt hat. Eine weitere Schwangerschaft ist nicht eingetreten.

Das jetzige Leiden des Patienten soll vor $1^1/_2$ Jahren an der Dorsalfläche des linken Handgelenkes begonnen haben. Zuerst seien kleine rote Fleckchen aufgetreten, die kein Jucken verursachten, dann hätten sich zahlreiche kleine Erhebungen der Haut gebildet, so daß letztere sich wie ein Reibeisen angefühlt habe. Im weiteren Verlaufe breitete sich die Erkrankung auf das rechte Handgelenk, beide Ellenbogengelenke und Oberarme aus. Gleichzeitig erkrankte auch die Haut in der Umgebung beider Kniescheiben und auf einer gut handtellergroßen Stelle zwischen Schwertfort-

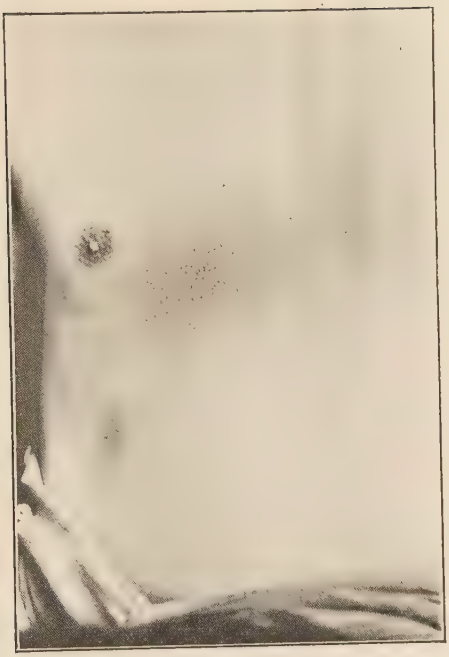
satz und rechter Brustwarze[1]). Diese letztere Lokalisation seines Hautleidens erklärt sich Patient dadurch, daß er beim Arbeiten an der Drehbank die Faust mit dem sogenannten Drückstahl gegen die Brust stemmen müsse, wodurch diese Stelle täglich mehrere Stunden einem starken Druck ausgesetzt sei. Nach einem halben Jahre etwa ergriff das Leiden auch die Gesichtshaut. Es soll an der Nase begonnen und sich dann symmetrisch über Gesicht, Hals und Nacken verbreitet haben. Es habe stets eine starke Schuppung der erkrankten Haut bestanden. Juckreiz oder irgendwelche andere Beschwerden hat Patient niemals gehabt. Er fragte verschiedene Aerzte um Rat und wurde längere Zeit mit Zinkpasten, Schwefelsalben, Schwefelbädern und innerlicher Darreichung von Arsen ohne sichtbaren Erfolg behandelt.

Patient ist ein mittelgroßer Mann von kräftigem Knochenbau mit starker Muskulatur und ausreichendem Fettpolster. Die sichtbaren Schleimhäute sind frisch rot, Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden, Am Hals befindet sich zwischen Kehlkopf und oberem Rande des Brustbeines in der Medianlinie eine 3 cm lange und 2 cm breite Narbe, die angeblich von einer Tracheotomie herrührt. Der Brustkorb ist gut gewölbt. Befund der Lungen und des Herzens regelrecht, die Baucheingeweide geben nach Lage und Verrichtung zu Bemerkungen keinen Anlaß. Der Urin ist frei von Zucker und Eiweiß. Die Körperwärme entspricht der Norm. Schlaf und Appetit sind gut, der Stuhlgang geregelt.

Sitz der Hautveränderungen:

Im Gesicht nach oben bis zur Haargrenze, nach unten über den Hals bis zur Gegend der Schlüsselbeine, an den Streckseiten der oberen Extremitäten besonders an den

[1]) Siehe Abbildung.



Ellenbeugen und Handgelenken, Handrücken und Dorsalseite der Fingerphalangen, auf beiden Schultern, auf der oben erwähnten Stelle der Brust, in der Patellargegend beiderseits und von da ausstrahlend nach den Streckseiten der Ober- und Unterschenkel findet man auf hirsekorn- bis handtellergroßen Stellen lebhafte Hyperaemie, geringe Infiltration und kleienförmige Abschuppung der Haut. An den isolierten Stellen kann man erkennen, daß der Prozeß vom Follikelapparate seinen Anfang nimmt, dessen Mündung gerötet und mit einem harten Hornpfropf ausgefüllt ist. Letzterer ragt deutlich über das Niveau der Haut empor, ist spitz oder etwas abgerundet, so daß man beim Ueberstreichen der Haut das Gefühl hat, als streiche man über ein Reibeisen. Reißt man einen derartigen Pfropf heraus, wobei geringe Blutung auftritt, so sieht man, daß er mit einem, einer kleinen Wurzel gleichenden, Hornfortsatz in dem Follikel haftet. Besonders gut sind diese isolierten verhornten Follikel an der Dorsalseite der Fingerphalangen und auf der Brust zu erkennen.

Im weiteren Verlaufe der Erkrankung stoßen die einzelnen Efflorescenzen zusammen, es entstehen größere Plaques mit derben Hornauflagerungen, deren Oberfläche stark gefurcht ist. An diesen Stellen findet sich eine kleienförmige Abschuppung. Im Gesicht sind die hyperämischen Hautstellen gespannt und tragen im Centrum ein grauweißes Schüppchen. Im Nacken sind die hornigen Plaques noch mehr über das Hautniveau erhaben als an den übrigen erkrankten Hautpartien, und in ihren Vertiefungen und Rhagaden sitzen grauweiße Schuppen, die ziemlich fest haften. Die Affektion schneidet an dieser Stelle nicht wie an der Stirn scharf mit der Haargrenze ab, sondern die Efflorescenzen erstrecken sich etwa 2 cm nach oben in die be-

haarte Kopfhaut hinein. Der Haarboden ist daselbst gelichtet. Ebenso sind die Augenbrauen besonders in der Schläfengegend ausgefallen.

In den Interdigitalfalten finden sich Rhagaden. Die Nägel der Finger sind etwas verdickt und brüchig. In beiden Hohlhänden sieht man starke Hornschwielen, die jedoch bei dem Beruf des Mannes wohl nicht als pathologisch anzusprechen sind. An den Schleimhäuten lassen sich keine Veränderungen nachweisen. Die Sensibilität der Haut ist überall ungestört.

Es wurde ein Stückchen der erkrankten Haut exstirpiert und dieses teils frisch, teils gehärtet in Paraffin eingebettet und mit den gebräuchlichen Färbemitteln gefärbt, untersucht.

In allen Präparaten fand sich eine leichte Hypertrophie des Rete Malpighi, die Zapfen erschienen gewulstet manchmal etwas ausgezogen. Ueberall starke Anhäufung gleichmäßig geordneter Hornlamellen, in denen sich vereinzelt gefärbte Kerne deutlich nachweisen ließen. Hornige Erhebungen fanden sich nur über den Talgdrüsen und Haarfollikeln und ganz vereinzelt über den Schweißdrüsen. Diese letzteren waren jedoch nicht verändert, ja der Ausführungsgang dieser Drüsen konnte noch deutlich in dem Hornkegel erkannt werden. Die Haarfollikel waren in ihrem unteren Teile vollkommen normal, nach oben hin erweiterten sie sich trichterförmig und waren mit konzentrisch angeordneten Lamellen ausgefüllt. Das Stratum granulosum war bald verbreitert, bald leicht verdickt. Im Corium ganz vereinzelte Andeutungen von kleinzelliger Infiltration. Wir haben also im allgemeinen das Bild einer Hyperkeratose mit nur geringer Infiltration im Corium, weshalb auch ich die erstere für das primäre und charakteristische Symptom halte.

Der Patient wird zur Zeit mit Dampfbädern behandelt, die eine deutliche Heilwirkung im Verlaufe von einigen Wochen erzielten, dadurch daß durch sie die Hornmassen erweicht und zum Abstoßen gebracht werden.

Inwieweit berechtigt uns nun dieser typische Fall von Pityriasis rubra pilaris zur Annahme einer Sonderstellung dieser Krankheit und worauf hat sich diese Annahme hauptsächlich zu gründen?

Um gleich mit dem wichtigsten Punkte zu beginnen, so muß auf Grund des pathologischen Befundes ein Identifizieren der Pityriasis rubra pilaris mit dem Lichen ruber acuminatus ausgeschlossen werden. Wie schon Joseph betont, beginnt beim Lichen ruber acuminatus der krankhafte Prozeß in Corium, während die Pytiriasis rubra pilaris sich, wie auch in meinem Falle, anatomisch als Keratose erweißt.

Sodann die völlig infauste Prognose des Lichen ruber acuminatus gegenüber dem kaum gestörten Wohlbefinden bei Pityriasis rubra pilaris. Letzteres ist vor allem bedingt durch den völlig fehlenden Juckreiz, der bei dem Hebra Lichen die Patienten auf das Entsetzlichste quält, da also das Jucken doch im allgemeinen ein wesentliches Symptom eines jeden Lichen-Prozesses darstellt, so scheint es wohl angebracht schon allein deshalb die Pityriasis rubra pilaris als einen eigenen Krankheitsprozeß abzutrennen.

Wenn auch das klinische Bild im allgemeinen vielleicht eine gewisse Uebereinstimmung mit der oben gegebenen klassischen Beschreibung des Lichen ruber Hebra nicht leugnen läßt, und andererseits auch Fälle von Lichen ruber acuminatus anders, unserem Krankheitsfalle ähnlicher, verlaufen, so ergibt sich doch im Hinblick auf die roten glatten Plaques mit lamellöser Abschuppung bei Pityriasis rubra pilaris im Gegensatze zu der chargrinierten Beschaffenheit

beim Lichen ruber acuminatus, und darauf, daß an den abgeheilten Stellen bei Pityriasis rubra pilaris niemals wie beim Lichen Pigmentationen restieren, entschieden eine Differenz beider Erkrankungen.

Wie schon erwähnt wird auch der Lichen ruber kaum durch irgend eine Therapie beeinflußt, während in unserm Falle schon einfache Dampfbäder einen durchaus befriedigenden Erfolg erzielt haben.

Einige Beispiele aus der Literatur mögen meine Ansicht, daß die Pityriasis rubra pilaris ein wohl charakterisierter Krankheitsbegriff ist, noch erhärten.

Jordan in Moskau [1]) beschreibt einen Fall von Pityriasis rubra pilaris der folgenden Befund darbietet: „Patient ist von seinem Alter entsprechenden mittleren Wuchs und gracilem Knochenbau. Das Fettpolster und die Muskulatur sind mäßig entwickelt. Die sichtbaren Schleimhäute sind blaß. Bei oberflächlicher Betrachtung des Kranken springt zunächst die gleichmäßig dunkelrote Färbung der Haut und das Bild einer allgemeinen Gänsehaut in die Augen. Betrachten wir aber nun die Körperteile einzeln für sich. Die Haut des Gesichtes ist blasser als der übrige Körper, schuppt in kleinen Lamellen ab, ist vielfach, namentlich über der Stirn gerunzelt und fühlt sich daher rauh an. An den Nasenflügeln und im Gebiet der Augenbraunen ist die Haut stärker verdickt. Am Halse bildet die Haut deutlich vorspringende quere und schräge, verdickte, schuppende Falten. Ueber dem Thorax ist die Haut gleichmäßig rot verfärbt und anscheinend glatt. Bei genauerem Zusehen erkennt man jedoch, daß die Haut an dieser Stelle übersät ist mit dichtstehendem, sandkorngroßen, roten Knötchen,

[1]) Monatshefte 1897, Bd. 24.

welche ihrer Anordnung nach den einzelnen Haarfollikeln entsprechen. Am unteren Teile des Abdomen und auf dem Scrotum erhebt sich die Haut in ebensolchen Falten, wie am Halse. Die Haut des Rückens unterscheidet sich nicht von derjenigen der Brust, nur entsprechend dem Gesäß sind die Knötchen etwas größer als an den genannten Partien, worüber aber noch bei Beschreibung der unteren Extremitäten gesprochen werden soll. Die oberen Extremitäten zeigen im allgemeinen denselben Farbenton wie die Haut des Rumpfes, nur die stark vorspringenden Falten der Axilargegend sind dunkler dingiert. Gleich wie der Rumpf sind auch die oberen Extremitäten dicht besät mit kleinen Knötchen, welche aber an den letzteren und ganz besonders an den Vorderarmen stärker über das Niveau der Umgebung emporragen und sich derb anfühlen, so daß man den Eindruck eines Reibeisens erhält. Die Größe der Knötchen schwankt zwischen derjenigen eines Sandkornes und eines Stecknadelkopfes. Stellenweise sind die Knötchen im Centrum von einem Haar durchbohrt und tragen auf ihrer Kuppe ein Epidermisschüppchen. Beim Abkratzen der Schüppchen mit dem Fingernagel findet kein Blutaustritt statt. Obgleich sowohl die Streck- wie die Beugeseiten Knötchen tragen, stehen dieselben auf ersteren doch ein wenig dichter. Auf den Handrücken und den dorsalen Flächen der ersten zwei Phalangen sind die Knötchen etwas über Stecknadelkopf groß und weisen eine centrale Delle auf. Außerdem sind die Knötchen auf den ersten zwei Phalangen in Gruppen angeordnet, die dritten Phalangen entbehren der Knötchen vollständig. Entsprechend den Interphalangealgelenken ist die Haut glatt und glänzend im Gegensatz zu der rauhen Haut, an den Ellenbogen und der Handwurzel. Die Handteller sind gleichmäßig schwielenartig verdickt und nur die

normalen Linien der Haut springen als tiefe Furchen in das Auge. Die Nägel sind verdickt, längs gerippt und in ihrem distalen Ende zu einem Drittel des Nagels gefärbt. Die unteren Extremitäten zeigen im allgemeinen dieselben Hautveränderungen wie die oberen, nur mit dem Unterschiede, daß die Knötchen an den unteren Extremitäten, vom Gesäß bis zu den Füßen herab, breiter und höher sind, als dort. Die Haut über dem Knie ist grob und faltig und an den Sohlen ebenso verhornt wie an den Handflächen. Die Nägel der Zehen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der Finger. Hinsichtlich der Haare ist zu bemerken, daß die Kopfhaare stark gelichtet und so stark mit Schuppen bedeckt sind, daß sie wie mit Mehl bestreut erscheinen. In der Schamgegend und unter den Achseln fehlen die Haare noch ganz. Die Augenbrauen sind nur spärlich vorhanden. Brust- und Bauchorgane bieten keine Abweichung von der Norm dar. Der Urin enthält weder Eiweiß noch Zucker. Die Körpertemparatur ist normal. Der Puls ist kräftig und regelmäßig. Die Sensibilität der Haut ist überall vollständig erhalten.

Jordan diagnosticiert Pityriasis rubra pilaris aus folgenden Gründen:

1. Lokalisation der Knötchen.
2. Benigner Verlauf.
3. Allgemeinbefinden.
4. Mikroskopischer Befund.

Der mikroskopische Befund besteht in Verdickung des Stratum corneum, konzentrisch angeordnete Verhornung sämtlicher Schichten der Haarfollikel, kleinzellige Infiltration des Stratum papillare in den obersten Regionen. Die tieferen Partien des letzteren und des Unterhautzellgewebes zeigen

keine pathologischen Veränderungen, desgleichen Schweiß- und Talgdrüsen, sowie elastische Fasern sind unverändert."

Aßmann[1]) teilt einen Fall mit, den Hügel in der Straßburger dermatologischen Klinik beobachten konnte.

„Mich. M., Tagelöhner, unverheiratet, 72 Jahre alt, wurde zu Diefenbach in Lothringen geboren. Vater und Mutter sollen in sehr hohem Alter an Altersschwäche gestorben sein. Patient hatte zwei Geschwister, von denen ein Bruder im Jugendalter nach Afrika ging und kurze Zeit darauf an unbekannter Krankheit starb. Eine Schwester lebt noch, ist gesund und hat gesunde Kinder. Patient selbst will niemals krank gewesen sein bis vor 2 Jahren, also bis zu seinem 70. Jahre. Damals litt er an einem Unterlippencarcinom, welches in der hiesigen chirurgischen Klinik exstirpiert worden ist. Acht Tage nach der Operation wurde er als geheilt aus der Klinik entlassen und blieb gesund bis zum nächsten Frühjahre 1899. Um diese Zeit stellte sich geringes Juckgefühl an den Extremitäten ein, und Patient merkte wie Hände und Füße, Vorderarm und Unterschenkel leicht schuppten. Auch wurden um diese Zeit die Bewegung der affizierten Gelenke besonders der Fingergelenke, unbeholfener. Der krankhafte Zustand ging zunächst auf die Oberarme und Oberschenkel über, und von da auf Hals, Rücken und Becken. Zu gleicher Zeit wurde auch das Gesicht und die behaarte Kopfhaut befallen. Als letzter Abschnitt erkrankten der obere Teil der Brusthaut und die Haut des Abdomes. Bei dieser ausgedehnten Hautaffektion war der Allgemeinzustand des Patienten immer ein vortrefflicher, und nur der Umstand, daß er bemerkte, wie die unteren Augenlider rot und steif wurden, wie er sich ausdrückte, veranlasste ihn, nach Straß-

[1]) Zur Casuistik der P.. r. p. Inaug. Diss., Würzburg 02.

burg zu kommen, um die Augenklinik aufzusuchen. Von der Augenklinik wurde er uns noch an demselben Tage überwiesen, und wir konnten folgendes Krankheitsbild feststellen:

Der ganze Körper ist mit dicken, schuppenden, glänzenden, mehr oder weniger harten Epidermismassen bedeckt, mit Ausnahme eines kleinen Bezirkes am unteren Ende der Brust und oberen Teile des Abdomens. Diese Epidermismassen sind besonders stark aufgetragen auf den Gelenken: Hier befinden sich tiefe Risse und Rhagaden die etwas schmerzhaft und teilweise mit trockenen Blutborken besetzt sind. An anderen Stellen als an den Gelenken sind die Schuppen weniger hart und dick; sie können da leicht mit den Fingern in größeren und kleineren Lamellen abgetragen werden, ohne daß bei ihrer Entfernung jemals ein Blutstropfen auftrete, wie das beim Abkratzen der Psoriasisschuppen fast immer der Fall ist. Die darunter liegende Epidermis ist etwas rot, hyperämisch. An denjenigen Stellen, wo die Haarfollikel besonders gut ausgeprägt sind, sieht man nach Entfernung der Schuppenlamellen um jedes Haar eine konische, feste, harte Epidermisbildung sitzen, die über das Niveau der sie umgebenden Haut hinausragt, so daß an diesen Stellen die Haut das markierte Aussehen einer sogenannten Gänsehaut hat. Solche circumpilaere Hornkegel finden sich auch zerstreut auf dem von allgemeiner Schuppung noch frei gebliebenen Teile des Abdomens. Auf dem behaarten Kopfe, der vorne noch gut, auf dem Hinterkopfe dagegen sparsam mit Haaren besetzt ist, kann man ein reichliches, kleienartiges Abschuppen bemerken. Die Epidermismassen können da leicht mit dem Nagel vom Haarboden entfernt werden; sie sind fett, klebrig und umfassen meistens Haare, die mit ihnen ausgerissen werden. Dieselbe kleienartige Abschuppung besteht im ganzen Gesichte und auch am Halse. Die Ge-

sichtshaut ist an der ganzen Stirn, an den Wangen und am Kinne — hier wohl auch infolge der durch die Exstirpation des Lippencarcinoms entstandene Narbe — stark gespannt. Teilweises Ektropion beider Unterlippen; jedoch kann Patient die Augen gut schließen. Fußsohlen und Handteller sind mit dicken, gelblichen, harten Hornmassen bedeckt. Die Nägel sind im allgemeinen gesund; bloß hier und da etwas dick und rissig. Askultation, Perkussion und Palpation ergeben überall normale Verhältnisse. Muskulatur gut, Fettpolster wenig entwickelt. Urin enthält weder Eiweiß noch Zucker."

Der Patient wurde mit Arseninjektionen, Einreibungen von Borvaseline und Borbädern mit solchem Erfolge behandelt, daß er nach einem Monat als geheilt, mit überall normal und gesund aussehender Haut entlassen werden konnte.

Nach etwa 2 Monaten bekam er zwar ein Recidiv doch auch dieses war schon fast zur Heilung gebracht, als er leider an den Folgen eines Unfalles starb."

Zieler[1]) stellte der Breslauer dermatolog. Vereinigung in der Sitzung vom 11. Oktober 02 [1]) einen 61 jährigen, aus gesunder Familie stammenden Patienten vor, der mehrfach Lungenerkrankungen und mit 48 Jahren Pocken in Rußland durchgemacht hat. „Seit Ostern ds. Js., angeblich nach Erkältung, Verlust der Schweißfüße, wonach die Haut der Fußsohlen ganz hart geworden sei. Später soll dann die Schwielenbildung, sowohl an den Fußsohlen wie an den Handtellern, wieder abgenommen haben. Seit Pfingsten leichtes Jucken an den Unterschenkeln, unter gleichzeitigem Auftreten von roten Flecken und Knötchen, bald darauf starke Schuppung der Kopfhaut und Bildung ähnlicher Efflorescenzen wie an den Unterschenkeln an den Vorder-

[1]) Archiv f. Dermatologie Bd. 64.

armen. Dann allmähliches Fortschreiten über den ganzen Körper. Seit ca. 2 –3 Wochen soll die Erkrankung auf Augenbrauen, Rücken- und Bauchhaut übergegriffen haben. Patient ist nicht abgemagert und bietet, außer leichtem Frösteln, keine Störungen seines Allgemeinbefindens dar. — Kein Jucken. — In letzter Zeit geringe entzündliche Erscheinungen an den Augenlidern. Keine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Die behaarte Kopfhaut ist bedeckt mit trockenen, festhaftenden, weißgrauen Schuppen, teils in größeren zusammenhängenden Herden, teils isoliert in solchen von Linsengröße und darunter; in der Schläfengegend beiderseits follikulär angeordnete ähnliche Schuppen, meist unter Stecknadelkopfgröße. Schuppung kleienförmig und leichte diffuse Infiltration der Ohren und der Gesichtshaut (neben alten Pockennarben). Geringe Conjunctivitis beiderseits, keine Beteiligung der Mundschleimhaut. Die Haut des Nackens zeigt eine feste Infiltration mit starker Ausprägung der Hautfalten. Nach dem Rücken und den seitlichen Halspartien zu löst sich die diffuse Infiltration allmählich in dichtstehende, follikuläre, graue bis graurote Knötchen auf die steil aus der umgebenden Haut hervorragen und an ihrer Basis meist rund nicht polygonal sind und beim Darüberstreichen das Gefühl hervorrufen, als streiche man über ein Reibeisen. Die jüngsten Efflorescenzen finden sich an Bauch-, Brust- und Rückenhaut, sowie an den angrenzenden Abschnitten der Haut der Extremitäten. Es handelt sich hier um disseminierte und isolierte, follikuläre, wenig erhabene rundliche Knötchen von blaßroter Farbe ohne bemerkbare Infiltration der tieferen Schichten und mit geringer Schuppung an den älteren Efflorescenzen aber überall sich ziemlich weich anfühlend. Dazwischen regellos verteilt größere, flache, kaum

über die benachbarte Haut hervorragende Herde von ungleichmäßiger Begrenzung und leichter Verstärkung der Hautfurchen. Die gleichen nur weit stärker ausgesprochenen Veränderungen erkennt man an den peripheren Abschnitten der Extremitäten, wo es zur Bildung trockener derber Herde von mäßiger Infiltration und von blauroter Färbung gekommen ist, die im Gegensatz zu den jüngeren Efflorescenzen meist mit weißlichen kleinlamellösen Schuppen bedeckt sind. Central und medial über den Kniegelenken ist die Infiltration und Schuppung besonders stark. An den radialen Seiten der Vorderarme ist die follikuläre Ausbildung (Reibeisen) stark ausgeprägt, ebenfalls deutlich, aber weit geringer auf den Dorsalseiten der Grundphalangen der Finger. Handteller und Fußsohlen zeigen starke Schwielenbildung. Die Nägel sind nicht befallen, ebenso sind Penis und Scrotum frei. Die Streckseiten sind nicht vorwiegend beteiligt. Verlauf absolut gutartig."

Eine ausführliche und sehr typische Krankengeschichte eines Falles von Pityriasis rubra pilaris veröffentlicht Töröck[1]).

„Anamnese: Patientin, die Mutter zweier gesunder Kinder ist, erfreute sich angeblich bis zum Auftreten gegenwärtigen Leidens stets vollkommener Gesundheit. Ihr Hautleiden, welches niemals Jucken verursachte, begann vor 9 Jahren auf den Fußrücken beiderseits, erstreckte sich sodann innerhalb eines Jahres auf Knie, Hände und Leib. In den ersten zwei Jahren trat auf den Armen ein später desquamierter diffuser roter Ausschlag auf. Diese Eruptionen währten 1—2 Wochen lang. Vor 2 Jahren erfolgte am Leibe eine ohne Hyperaemie von statten gehende schmutzig-

[1]) Wiener klinische Rundschau 1889.

graue Abschuppung. Die Zahl der übrigen Läsionen ist angeblich seit 8 Jahren unverändert.

Status praesens: Lokalisation der Hautveränderungen: Im Gesicht, auf beiden Schultern, in der Gegend der Achselhöhlen und zwar auf der Vorderfläche ihrer vorderen und der Hinterfläche ihrer hinteren Wand, in der Kreuz- und Glutealgegend, auf den oberen und unteren Extremitäten und zwar insbesondere auf den Handrücken, auf beiden Seiten des Handgelenkes, in der Ellenbogengegend und Ellenbeuge, in der Patellargegend und Kniebeuge und den Streckflächen. Im Gesichte sehen wir auf den Lidern, Nasenrücken und Nasenflügeln, sowie auf den benachbarten Partien der Wangen und auf der Oberlippe auf miliaren bis kleinfingernagelgroßen Stellen lebhafte Hyperaemie. Die Mitte der kleineren hyperämischen Stellen trägt ein feines Schüppchen, die größeren sind etwas gespannt und ihre Hornschicht schilfert in feinen Schüppchen ab. An den übrigen Stellen findet sich folgende Hautveränderung: Anfangs zeigt sich der pathologische Prozess an dem Follikelapparat, dessen Mündung sich mit einer lebhaften Röte umgibt und einen harten Hornpfropf enthält. Der letztere ist zumeist grauweiß oder grau, ragt mit spitzigem oder leicht abgerundetem Ende einige mm über die freie Hautoberfläche hinaus und haftet ziemlich fest, da ein von seiner Unterfläche ausgehender Fortsatz in den Follikel gezwängt ist. Reißen wir diesen Fortsatz aus dem Follikel heraus, dann tritt manchmal Blutung auf. Anstatt eines solchen Hornpfropfes finden wir manchmal ein feines Schüppchen oberhalb der Follikelmündung, deren unmittelbare hyperämische Umgebung sich in einem Umkreise von wenigen mm leicht über die Nachbarschaft erhebt. Auf älteren und größeren Stellen sind die harten Hornauflagerungen größer, dicker, noch mehr hervorstehend, erbsengroß, hellbräunlich-

grau und wie poliert. Sie haften fest in einer seichten Vertiefung der Epidermis und sehen wie Krusten aus. Lösen wir sie von ihrer Unterlage ab, so sehen wir die seichte Vertiefung der Epidermis mit einer dünnen glänzenden Hornschicht bekleidet. Um diese größeren Hornschichtauflagerungen ist der hyperämische Hof etwas breiter, die Randpartie der Vertiefung erhebt sich leicht über das Niveau der Nachbarschaft. Um einzelne Hornauflagerungen ist eine etwas mehr accentuierte Niveauerhebung zu sehen, und auf der letzteren eine etwas stärker ausgeprägte Oberhautfelderung, um die Hornschichtauflagerung herum sehen wir nämlich auf der hyperämischen Basis einige tiefere Oberhautfurchen, die sich in spitzen Winkeln schneiden. Auf Druck schwindet die Hyperaemie völlig, und auch die leichte Erhebung der Haut läßt sich nach Loslösung der Hornschichtauflagerungen beinahe vollständig wegdrücken.

Zerstreut auf der Hautoberfläche finden sich etwa 10 ganz glatte, blaßrote sehr leicht über die Nachbarschaft ragende Erhebung von Stecknadelkopfgröße; zwei von den letzteren sind polygonal, es scheint, daß von diesen die Schüppchen sich losgelöst haben.

Durch allmähliche Vergrößerung der Hautveränderung in der Fläche stoßen näher nebeneinanderstehende endlich unmittelbar aneinander, und es bilden sich in dieser Weise hornige Streifen und Plaques. Die Streifen sind 5—10 mm breit, lebhaft rot und erweisen sich nach Abnahme ihrer dicken schmutziggrauen und Quersprünge aufweisenden Horndecke als leicht und oberflächlich infiltriert. Die Hornschichtauflagerung sitzt ziemlich fest in einer seitlichen Vertiefung der Streifen. Nach ihrer Abnahme sieht man eine dünne glänzende Hornschicht auf der eingedrückten Oberfläche der Streifen. Nach 1—2 Tagen verschwindet diese Vertiefung

und man sieht jetzt hier eine etwas stärker ausgeprägte Oberhautfelderung. Die Streifen verlaufen annähernd in der Richtung der Längsachse der Extremitäten, bloß in der Gegend der Achsel weichen mehrere von dieser Richtung ab, so daß hier die Streifen einander schneiden und hierdurch die Zeichnung eines Netzwerkes entsteht, dessen Maschen mehrere qdcm groß sind.

Durch enges Aneinanderrücken solcher Streifen und isolierter Hautläsionen entstehen in den Ellenbeugen, auf beiden Ellenbogen und über beiden Patellen über das Hautniveau noch stärker hervorragende Plaques, aus deren Rändern nach unten und nach oben annähernd paralelle zur Längsachse der betreffenden Extremität verlaufende Streifen ausstrahlen. Die auf den Ellenbogenspitzen und in den Patellarregionen lokalisierten Plaques ragen stärker hervor, sind mit ungleich gebuckelten, granitartigen, grauen, harten und dicken Hornschichten bedeckt, nach deren Abnahme die etwas stärker über das Hautniveau erhobenen dunkelroten, hyperämischen und noch immer bloß oberflächlich infiltrierten und garnicht besonders derben Plaques eine ungleiche, bucklige Oberfläche zeigen. Die Oberfläche der einzelnen rundlichen, etwa erbsengroßen Buckel ist mit etwas accentuierter Oberhautfelderung versehen. Diese Hautveränderung erreicht an der Ellenbogenspitze etwa handtellergroße Ausdehnung, in der Patellargegend ist sie halb so groß.

In den Ellenbeugen sind die Streifen nicht so vollkommen mit einander verschmolzen, sodaß an der hier lokalisierten Plaque das Entstehen der Streifen gut zu erkennen ist. In der Mitte der Ellenbeuge ist kaum eine nennenswerte Hornschichtauflagerung zu sehen, bloß eine lebhafte Röte und eine schiefe Schraffierung der Oberfläche ist auf-

fallend. Da und dort ist hier an Stelle der roten Hyperaemie eine leicht bräunliche Pigmentierung zu sehen.

Auf den Oberarmen ist stellenweise auf scheinbar normaler Haut eine leichte Schuppung wahrnehmbar. In den Furchen der palma manus einige in einer Reihe stehende isolierte etwa stecknadelkopfgroße Hornschichtverdickungen. Auf der Interdigalfalte ist auf blaßroter hyperämischer Basis eine leichte Schuppung und in der Mitte gewöhnlich auch eine Rhagade sichtbar.

Auf der Unterlippe ist eine leichte schleierartige Opalescenz zu sehen, besonders linkerseits, wo einzelne weißere sehr feine Linien und Punkte auffallen."

Caspary[1]) konnte in der Königsberger Dermatologischen Klinik 5 Fälle von Pityriasis rubra pilaris beobachten, von denen ich nur vom 5. Fall den Befund seiner mikroskopischen Untersuchung mitteile, aus dem er ebenso wie ich folgert, daß bei der Pityriasis rubra pilaris die Affektion im Corium untergeordnet und wohl sekundärer Art sei. In diesem Falle wurde bei einem 37jährigen Kaufmann eine typische Pityriasis rubra pilaris constatiert. Ein Stück Haut (Oberschenkel) gab folgenden anatomischen Befund:

„Die Veränderungen, die man auf dem Schnitt durch das Knötchen wahrnimmt, bestehen im Wesentlichen aus 2 Prozessen.

1. Aus einer auf das Territorium des Knötchens beschränkten Hyperkeratose und

2. aus einer subepidermoidalen und perifollikulären Infiltration mit kleinen Rundzellen.

Die Hyperkeratose tritt als eine starke Verbreiterung des Stratum corneum auf, welches sich in mehrere Lamellen

[1]) Ueber Pityriasis rubra pilaris. Ing. Diss. Königsberg 03.

zerlegt hat oder als einheitliches Polster über die Epidermis verläuft.

Am stärksten ist die Zunahme der verhornten Schüppchen im Bereiche von zwei hypertrophisch entwickelten Haarfollikeln, von denen besonders der eine, im Zentrum des Knötchens gelegene, von reichlichen, verhornten Zellmassen ausgefüllt ist. In der Mitte dieser verhornten Massen stecken drei, von einander getrennte, schmale Härchen; um die einzelnen Härchen haben sich die verhornten Zellen manchmal perlartig gruppiert. Das zellenreiche Infiltrat unter der Epidermis zeigt eine höchstens dem Oberhaut Durchmesser entsprechende Breite, zieht sich aber entlang den Gefäßen des Corium noch in schmalen Streifen in die Tiefe. Der im Zentrum des Knötchens gelegene Haarfollikel besitzt eine verbreiterte, bindegewebige Wurzelscheide, um die sich namentlich in der Tiefe des Haares, wie unter der Oberhaut eine Zone kleinzelliger Infiltration entwickelt hat. Die Zellen bestehen hier wie dort größtenteils aus kleinen lymphoiden Elementen und einem dunkeln, fast die ganze Zelle erfüllenden Kern; nur ganz vereinzelte polynucleäre Leukocyten und etwas zahlreichere spindelförmige Bindegewebszellen sind dem Infiltrate beigemengt. Die arrectores pili sind hypertrophisch entwickelt."

Alexander [1]) stellte der Breslauer dermatologischen Vereinigung in der Sitzung vom 16. Mai 1902 einen 36 jährigen Arbeiter vor, dessen Hautaffektion vor ca. 20 Jahren mit Jucken an der Innenseite der Oberschenkel und an den Armbeugen begann und seitdem mit Remissionen und Exacerbationen dauernd fortbesteht ohne ihm besonders lästig zu fallen. „Wir sehen an der Haut des Patienten Kratzeffekte, lichenifizierte und krustöse Stellen einerseits, klein-

[1]) Archiv für Dermatolog. Bd. 64.

ste rötlich weiße derbe Hornkegelchen und große aus letzteren zusammengesetzte, wie mit Mörtel bespritzte, zusammenhängende, flache Infiltrate andererseits. Die erwähnten Hornpapelchen, welche meist den Follikeln entsprechen und am deutlichsten in der Weichengegend zu erkennen sind, scheinen uns die Primär-Efflorescenzen darzustellen und dem entspricht auch das histologische Bild eines excidierten Knötchens. An einer circumscripten Stelle findet sich eine Wucherung des Rete Malpighi eine Hyper- und deutlich ausgesprochene Parakeratose; in der oberen Cutis ein ziemlich geringes Zellinfiltrat, daß sicherlich, als sekundär anzusprechen ist, das Ganze ist um ein Haar herum geordnet".

Leredde [1]) stellt einen Patienten mit Pityriasis rubra pilaris vor, der folgenden Befund darbietet: „Man sieht auf dem Rumpfe, am Halse und dem Haarboden scharf begrenzte Plaques, deren Oberfläche wie mit Kalk überzogen aussieht; Schuppenbildung ist nicht zu bemerken dagegen sind die Hautfurchen schärfer ausgeprägt, an dem Rumpfe sieht man außerdem durch die Follikel gebildete Erhabenheiten, von denen einige auf ihrer Spitze harte weiße Auflagerungen tragen. Haare und Nägel sind unverändert. Die Dorsalflächen der Phalangen und die Ulnarseiten der Vorderarme sind unverändert. Auf den Handtellern und Fußsohlen constatiert man Rötung, leichte Hyperkeratose und stärkeres Ausgeprägtsein der Hautfurchen."

Töröck [2]) berichtet von einem 9jährigen Mädchen, bei dem das Leiden vor 5—6 Monaten begann. „Die Hautläsio-

[1]) Französische Gesellschaft für Dermatolog. u. Syphiligr. Sitzungsber. v. 13. II. 98 Monatshefte Bd. 26.

[2]) Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest Sitzung 11. II. 97 Monatshefte Bd. 26.

nen sind hauptsächlich auf den Streckseiten der Ober- und Unterarme, auf der Streckseite der Oberschenkel, um den Nabel herum, in minderer Zahl auf dem Kreuze und Rumpfe lokalisiert. Die Läsionen entsprechen stets den Follikeln und bilden stets Gruppen. Die ersten Veränderungen treten immer derart auf, daß in der Ausdehnung eines Nagels die Follikelmündung einen weißlichen, dichten und schwer ablösbaren verhornten Conus bekommt, dessen Farbe weißlichgrau ist und beim Ablösen oft blutet. So sind die Läsionen auf der Brust und auf dem Bauche. An letzterer Stelle von der Inguinalgegend bis zum Nabel, sind beinahe alle Follikel mit verhorntem Conus versehen, eine ähnliche Gruppe ist auf dem Nacken und Kreuze. Auf den oberen Extremitäten und zwischen den Läsionen des Rumpfes ist die Haut zwischen den verhornten Conis blaß hyperämisch und etwas ödematös auf den Oberschenkeln ist die Hyperämie dunkler, die Coni ragen hier stärker empor. Auf den Unterschenkeln sind die Coni zwar noch zu unterscheiden, die Haut schilfert aber auch zwischen ihnen. Es besteht etwas Jucken."

Hallopeau[1]) berichtet über einen Schub von Pityriasis rubra pilaris mit allgemeiner exfoliativer Erythrodermie. „Die Eruption zeigt sehr große Analogie mit den erythrodermatischen Schüben bei der Psoriasis, indem sich bei beiden die Röte über beinahe die ganze Körperfläche ausbreitet und nur einige Inselchen gesunder Haut freiläßt; die Dauer der Affektion ist auch ungefähr dieselbe und beträgt mehrere Wochen; Abschuppung ist außerordentlich intensiv. Die Differentialdiagnose läßt sich nur entscheiden gestützt auf das Vorhandensein miliarer Knötchen auf Rücken, Fingern und Zehen. Die Eruption ist rasch und beinahe vollständig

[1]) Französische Gesellschaft für Dermatolog. u. Syphilis. Sitzungsbericht v. 10. 11. 98 Monatshefte Bd. 26.

zurückgegangen, was man bei dieser Affektion seltener beobachtet. Von dem Lichen Wilson ist die Dermatose vollständig verschieden."

Es ist wohl nicht erforderlich aus der zahlreichen Literatur, die ich soweit sie mir zugänglich war und mir zum Studium diente, am Schlusse meiner Arbeit ausführlich zusammengestellt habe, noch mehr Fälle anzuführen.

Wenn auch manchmal die von mir als Hauptunterscheidungsmerkmale für Pityriasis rubra pilaris angeführten Punkte weniger ausgesprochen sind, so lassen doch die ausführlichen Beschreibungen des Krankheitsbildes bei einem Vergleich mit dem Eingangs skizzierten Falle von Lichen ruber Hebrae acuminatus wohl keinen Zweifel mehr darüber, daß tatsächlich die Pityriasis rubra pilaris eine wohlcharaktrisierte Krankheit sui generis ist.

Außer dem Lichen ruber können in gewissen Stadien auch andere Krankheiten Aehnlichkeit mit der Pityriasis rubra pilaris haben und dann differentialdiagnostisch in Betracht kommen.

Es sind dies vor allem Fälle von universeller Psoriasis. Charakteristisch für Psoriasis ist jedoch vor allem der Perlmutterglanz der Efflorescenzen und die hellrote Farbe des Grundes. Entfernt man die Schuppen, welche fest auf ihrer Unterlage haften, so entstehen kleine kapilläre Blutungen. Die Efflorescenzen erscheinen niemals einzeln, sondern treten meist gleichzeitig in großer Zahl auf und in deren weiterer Entwickelung erscheinen stets frische Nachschübe.

Die Ichthyosis, vornehmlich die follikuläre Form derselben beginnt stets im jugendlichsten Alter meist schon in der Kindheit Auch hier fühlt sich die trockene Haut rauh an, mit dem Fingernagel läßt sich durch Kratzen feiner Epidermisstaub ablösen. Eine auffällige Desquamation, die bei Pity-

riasis rubra pilaris hochgradig entwickelt sein kann, bemerkt man nicht; auch sind Fußsohlen und Handteller meist nicht ergriffen, im Gegensatze zur Pityriasis. Vor allem ist die Prognose sehr schlecht. Weniger leicht könnte wohl die Pityriasis rubra pilaris mit dem Ekzema follikulare verwechselt werden, einer Ekzemform, bei der es zur Bildung von fettig schuppenden, blaßroten, dem Talgfollikeln entsprechendem Knötchen kommt. Die Schuppenmassen zeigen gelblichen bis braunschwarzen Farbenton. Prädilectionsstellen sind die Hinterhauptgegend und die Scheitelwandbeine, von wo aus das Ekzem auf Nacken, Hals, Ohren und Stirne fortschreiten kann.

Herrn Dr. Max Joseph möchte ich am Schlusse meiner Arbeit noch meinen ergebensten Dank aussprechen für die Anregung zu derselben und die liebenswürdige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann für die gütige Uebernahme des Referats.

Literatur.

Abraham, Dem. P. r. p. 2 Fälle Brit. J. of. Derm. 95 Vol. VII. p. 160—234.

Abraham, Dem. P. r. p. 2 Fälle Brit. J. of. Derm. 96. Vol. VIII p. 24.—487.

Alexander, Dem. P. r. p. Arch. f. Derm. 03 Bd. 64 p. 419.

De Amicis, Un Caso tipico di P. r. p. Gi. ital. 00 Bd. 35 p. 114.

Assmann, Zur Kasuistik d. P. r. p. Inaug. Diss. Würzburg 02.

Andry, Étude sur le P. r. p. 1889—92. Gazette hebdom. de medic. et de chirurgie 1893 p. 14.

Baldwin, Dem. P. r. p. J. of. cut. 1903 Bd. 21 p. 224.

Bennatti, Sopra un caso di P. r. p. Moria letta all Accademia delle Scienze Mediche e naturali in Ferrara nella seduta del. 10 XI. 95 p. 349.

Bessnier, Observation pour servir à l'histoire clinique du P. r. p. Ann. d. D. 1889 II. S. 10 Nr. 4 p. 253 Nr. 5 p. 398 Nr. 6 p. 785.

Boeck, Dem. P. r. p. Monatshefte Bd. 5 Nr. 10 1886.

Boeck, Ein Fall von P. r. p. Monatshefte f. p. Derm. 1889 VIII p. 97.

Brocq, Etude critique et clinique sur le P. r. p. Archives générales die médicine 1884 Vol. I p. 550.

Broq, Sur le L. r. et. sur le P. r. p. Ann. d. Derm. 1886 II S. 7 p. 596.

Brouson, Derm. P. r. p. Journ. of cut. 1893 XI. p. 499.

Caspary, Ueber P. r. p. Inaug. Diss. Königsberg 03.

Cu Castel, P. r. p. Ann. d. Derm. III S. 3, 1892 p. 1149; III S. 7, 1896 p. 1080; III S. 10, 1899 p. 444.

Derselbe u. **Kalt,** P. r. p. et lésions oculaires Ann. d. Derm. IV. S. 1. 1900 p. 1228.

Derselbe u. **Kalt,** Affektion érytlémato — hyperkeratosique des mains P. r. p. Ann. d. D. IV S. 4, 1903 p. 489.

Dubreuilh, Un cas de P. r. p. Ann. d. D. III S. 3 1892 p. 57.

v. Düring, P. r. p. Monatshefte f. p. Derm. 1893—1 XVI. p. 447—495.

Elliot, Dem. P. r. p. Journ, of cut. 1890 VIII p. 103.

Elliot, Dem. P. r. p. Journ. of cut. 1892 X. p. 244.

Evans, Acase of P. r. p. Brit. J. of Derm. 1903 Vol. XV. p. 129.

Feulard, P. r. p. Ann. d. Derm. III S. 3 1892 p. 1150.

Fordyce, Dem. P. r. p. Journ. of cut. 1900 XVIII. p. 121.
Fordyce, Dem. P. r. p. Journ. of cut. 1903 XXI. p. 331.
Fox, Lettura clinica sulla Pityrias rossa e pilare. Gi. ital. 1873 VIII P. 185.
Fox, P. r. p. Verhandl. d. New York Dermat. Soc. 1897. Arch. f. Derm. 1899 Bd. 50 p. 111.
Galewsky, Dem. P. r. p. Verhandl. der Versamml. Deut. Naturforscher u. Aerzte Nürnberg 1893 Ref. Arch. f. Derm. 1894 Bd. 26 p. 125
Galloway, Dem. P. r. p. Brit. J. of Derm. 1896 VIII p. 181.
Gaucher & Weil, P. r. p. Ann. d. D. IV S. 4 1903 p. 494.
Hallopeau, P. r. p. Ann. d. D. 1889 II S. 10 p. 342; 1889 II S. 10 p. 869.
Hallopeau, Sur une poussée aegue de P. r. p. avec érythrodermine exfoliatrice gèneralisée Ann. d. Derm. III S. 9 1898 p. 162.
Hallopeau, Sur le différences cliniques qui séparent le P. r. p. de la forme accuminée du Lichen de Wilson. Ann. d. D. IV S. 2 1901 p. 678.
Hallopeau et Leredde, Traité pratique de Dermatologie 1900.
Hall, Case of P. r. p. in child of fours years. Brit. Journ. of Derm. 1903 XV p. 493.
van Haren Nomann, P. r. p. Weckblad van het Nederlandsch Tydschrift van Geneskundige 1893 Nr. 11 & 12.
Hebra, P. r. p. Arch. f. Derm. 1890 XXII. p. 948, p. 953, p. 956; 1883 XXV p. 536.
Heidingsfeld, P. r. p. Cincinnati Lancet. clinic. 3 VI. 1899.
Heller, P. r. p. Arch. f. Derm. 1900 Bd. 50 III p. 112.
Holder, A case of Pr. r. p. Journ of cut. 1900 XVIII. p. 121
Hudelo, Un cas de P. r. p. Ann. d. Derm. III. S. 3 1892 p. 47.
Hügel, Ein Fall v. P. r. p. Münch. med. Wochenschrift 1900 Nr. 50 p. 1737.
Jameson, P. r. p. Edinburg. Med. Journ. 1890. p. 270.
Jacquet, Bericht über den ersten Internationalen Dermatologen-Congreß zu Paris Ann. d. Derm. 1889.
Jarisch, Die Hautkrankheiten in der speciellen Pathologie und Therapie von Nothnagel 1900.
Jordan, Dem. P. r. p. Derm. Zeitschrift. IV. 1897. p. 108.
Jordan, Ein Fall von P. r. p. Monatshefte für p. Derm. 1897 I. p. 206.
Jordan, Dem. P. r. p. Monatshefte 1903 II. p. 558.
Joseph, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1902.
Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in 5 Auflagen 1879—1899.
Leistikow, Besprechung von P. r. p. Monatshefte 1891 II. p. 25.
Leredde, P. r. p. Ann. d. Derm. 1898 II. S. 9 p. 49.
Lewin, Dem. P. r. p. Archiv 1895 Bd. 31 P. 267.
Lewin, Ueber Keratosis universal multiform. Berl. klin. Wochenschrift 1895 Bd. 32 p. p. 801, 829.

Lewin, Dem. P. r. p. Archiv 1896 Bd. 35 p. 295.
Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1902.
Liddel, a case of P. r. p. with histological examination Org. Brit. Jour. of. Derm. 1895 Vol. VII. p. 279.
Liddel, Dem. P. r. p. Archiv f. Derm. Bd. 38 p. 118.
Méneau, Trois. nouveaux cas de P. r. p. Ann. d. Derm. III. S. 6 1895 p. 395.
Morton, A cas of P. r. p. Brit. Journ. of Derm. 1896 Vol. VIII. P. 255.
Moureth, Zur Frage der P. r. p. Arch. 1894 Bd. 28 p. 75.
Neisser, Dem. P. r. p. Arch. 1900 Bd. 53. p. 389.
Neisser, Dem. P. r. p. $4^1/_2$ Jahr Monatshefte 1902 I. Bd. 34 P. 580.
Derselbe u. Judassohn, Hautkrankheiten 1900.
Nekrolog auf Hans Hebra, Arch. Bd. 60. 2. 1902.
Neumann, Dem. P. r, p. Archiv 1893 Bd. 25 p. 337.
Palm, Dem. P. r. p. Arch. 1900 Bd. 51 p. 433.
Pinkus, Dem. P. r. p. (Mikr.) Archiv 1901 Bd. 52 p. 274.
Pratique dermatol, von Besnier Brocq Jacquet 02. Bd. 3.
Pollitzer, Dem. P. r. p. Arch. 1899 II. p. 396.
Rasch, Ein Fall von P. r. p. bei einem $2^1/_2$jähr. Kind Derm. Centralbl. 1899 II. p. 199.
Richaud, Etude sur le P. r. p.
Rosenthal, Dem P. r. p. Arch. 99 p, 295.
Saalfeld, Dem. P. r. p. Arch. 96 p. 438.
Sherwell, Dem. P. r. p. Journ. of cut. 02. XX. p. 172.
Schloemann, Beitr. z. Lehre v. P. r. p. Inaug. Diss. Straßburg. 1895.
Teljer, Dem. P. r. p. Derm. Soc. of Nederlands 98—99.
Töröck, P. r. p. Arch. 98 p. 46.
Unna, Zur Lichen Frage Monatsheft f. D. 86 p. 554.
Verhandlungen d. Deuts. derm. Ges. II. u. III. Congreß 91 p. 222 Galewsky über P. r. p. Disskus: Neißer. Kaposi, Neumann, Blaschkow, v. Schlen. Arning. IV. Congress 1894 Neißer: Zur Stell. d. P. r. p. Galewsky über P. r. p.
Vidal, P. r. p. Ann. d. D. II. 1889. p. 453.
Whitehouse, Dem. P. r. d. Journ. of cut. 01. XIX. p. 147.
Wickham, Deux cas de P. r. p. Ann. d. D. 1895 p. 663.
Withe, Case of P. r. p. Journ. of cut. 1894. p. 468.
Winfield, Dem. P. r. p. Ref. Monatshefte 1893. II. p. 91; 1895 II. p. 19.
Zieler, Dem. P. r. p. Arch. f. Derm. 1903 p. 439.

Lebenslauf.

Am 13. Juni 1880 wurde ich, Karl Lembach, kath. Confession, als Sohn des Weingutsbesitzers Carl Lembach zu Hochheim a./Main geboren.

Ich besuchte das Königliche Gymnasium zu Wiesbaden, das ich am 13. März 1899 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Ich begann dann in München das Studium der Medizin und bestand dortselbst im Juli 1901 die ärztliche Vorprüfung. Nachdem ich meiner Militärpflicht in Potsdam genügt hatte, setzte ich mein Studium in Berlin fort und beendete die ärztliche Prüfung am 16. Februar 1905.

Während meiner Studienzeit waren meine Lehrer die Herren Professoren und Dozenten:

v. Angerer, v. Baeyer, v. Bauer, v. Bergmann, v. Fürbringer, Graetz, Goebel, Hertwig, v. Hausemann, Jolly, Kraus, v. Kupffer, Lassar, v. Leyden, Lewin, v. Lommel, v. Michel, Mollier, Nagel, Olshausen, Posselt, v. Rückert, Rubner, Seitz, Schönwerth, v. Voit, Weinland, Zabludowski.

Allen meinen verehrten Lehrern sage ich auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.